Über den Wert der vaginalen Exstirpation des Uterus bei Carcinom.

Bericht über 52 derartige Operationen
ausgeführt an der Berner Klinik vom 1. Januar 1893 bis 1. Juli 1898.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der Doctorwürde
der
hohen medizinischen Fakultät
der
Universität Bern

vorgelegt von

Hans Kellerhals, Arzt,
aus **Aarwangen.**





AARAU, 1899.
Druck von H. R. Sauerländer & Co.

Über den Wert der vaginalen Exstirpation des Uterus bei Carcinom.

Bericht über 52 derartige Operationen

ausgeführt an der Berner Klinik vom 1. Januar 1893 bis 1. Juli 1898.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Bern

vorgelegt von

Hans Kellerhals, Arzt,

aus **Aarwangen.**





AARAU, 1899.

Druck von H. R. Sauerländer & Co.

Von der medizinischen Fakultät auf Antrag von Hrn. Professor *Müller* zum Drucke genehmigt.

Bern, 11. November 1898.

Der Dekan:
Prof. Dr. **Kocher.**

Nachdem durch eine längere Reihe von Jahren die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom sich allgemein eingebürgert hat, macht sich in neuerer Zeit wieder eine Reaktion geltend. Von chirurgischer Seite wird mehr eine Entfernung des Uterus per laparotomiam verlangt, weil man bei dieser Methode das Operationsfeld besser übersieht und infolgedessen viel leichter alles carcinomatöse Gewebe entfernen kann, ferner weil man dabei die Blutungen leichter beherrschen könne. Am allgemeinen internationalen medizinischen Kongreß in Moskau im Jahre 1897 betonte Goubareff[1] die Unmöglichkeit, durch vaginale Totalexstirpation alles Krankhafte zu entfernen; er will diese Methode nur für die Fälle von Corpuscarcinom ausgeführt wissen; hier könne sie als Radikaloperation gelten, weil die Lymphgefäße im obern Teil des ligamentum latum erst spät von der Neubildung ergriffen werden. Die Operation der Zukunft bei Carcinoma Uteri ist seiner Meinung nach die abdominale Coeliotomie, die nach seiner Ansicht vielleicht berufen ist, beim Gebärmutterkrebs das zu leisten, was beim Mammacarcinom und beim Carcinom anderer Körpergegenden durch die Radikaloperation erreicht wird. Auch von anderer Seite, besonders von den Engländern, wird die vaginale Totalexstirpation verworfen, weil dieselbe nicht gegen Recidive sichere. Dies gibt auch Rumpf zu in seiner Arbeit: „Beiträge zur operativen Gynäkologie“[2], doch läßt er dahingestellt, ob durch Verbesserung dieser Methode oder durch abdominale Totalexstirpation bessere Resultate zu erzielen seien. Thorn[3]

---

[1] Centralblatt für Gynäk., 1897, Nr. 37. Bericht über den internationalen mediz. Kongreß in Moskau 1897 von Falk.

[2] Archiv für Gynäkologie, Bd. 55.

[3] Centralblatt für Gynäk., 1897, Nr. 40. Bericht über die 69. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Braunschweig 1897.

wies in seinem Vortrage an der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Braunschweig 1897 ebenfalls auf die ungenügenden Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation hin; nach 5 Jahren sind kaum 30% recidivfrei; allerdings führt er dieses Resultat nicht auf die Operation selbst zurück, sondern auf den Umstand, daß unter den 30% operabler Fälle, welche zur Untersuchung kommen, eine große Zahl unreiner Fälle sind, bei denen das Carcinom die Grenzen des Uterus schon überschritten hat. Nach *Funke*[1] sollen die Anfangsstadien aller Carcinome, sowie das Portiocarcinom überhaupt, per vaginam operiert werden. Das Corpuscarcinom soll im Gegensatze zu dem, was Goubareff angibt, aus technischen Gründen häufiger die Indikation zur abdominalen Operation abgeben. Außerdem fordert er, daß ein größerer Teil der bisher als per vaginam operierbar gehaltenen Fälle im Interesse einer sauberern Operation per laparotomiam in Angriff genommen werden; dadurch werden die Dauererfolge für die Carcinome bessere sei. *Bäcker*,[2] der im Archiv für Gynäkologie, Bd. 53, über 70 an der Klinik von Kesmarszky wegen Gebärmutterkrebs ausgeführte vaginale Totalexstirpationen berichtet, ist der Meinung, daß diese Methode vollkommen ausreicht, wenn das Übel die Grenzen des Uterus noch nicht überschritten hat, daß im andern Fall jedoch keine Methode gegen Recidive sichere.

Zweck der folgenden Zeile ist es, an Hand des an der Berner-Klinik von Herrn Professor *P. Müller* von Neujahr 1893 bis Juli 1898 operierten Materials zu zeigen, daß die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom bei Anwendung gewisser Vorsichtsmaßregeln neben relativer Ungefährlichkeit des Eingriffs selbst auch Aussicht auf Radikalheilung bietet, so daß dieselbe im Anfangsstadium des Krebses ganz sicher indiziert ist und daß sie in etwas weiter vorgeschrittenen Fällen als ein berechtigter und relativ ungefährlicher Versuch zur

---

[1] Funke: Zur totalen Exstirpation des Uterus per laparotomiam, speziell zur Beurteilung der Stellung der Op. zur Myomotomie. (Zeitschrift f. Gebh. und Gynäk., Bd. 36.)

[2] Archiv für Gynäkologie, Bd. 53: „Über Ätiologie und Therapie des Gebärmutterkrebses"

Beseitigung des Übels angesehen werden darf. Daß man nur die Fälle der letzten 5 Jahre zusammenstellt, mag etwas willkürlich erscheinen; es ist aus dem Grunde geschehen, weil man seit dieser Zeit ganz besonders Gewicht darauf legt, daß die carcinomatösen Massen vor der Operation gründlich ausgekratzt und die Wundfläche gehörig desinfiziert wird.

Was die Frage der Recidive anbelangt, ist in manchen Fällen die seit der Operation verflossene Zeit zu kurz, um sich darüber ein definitives Urteil zu bilden; immerhin sind, wie aus den Tabellen ersichtlich, doch eine ganze Anzahl von Patientinnen, die in den Jahren 1893—1895 operiert wurden, gegenwärtig noch frei von Recidiven.

Die Zahl der von Neujahr 1893 bis Juli 1898 auf unserer Klinik beobachtetenn Uteruscarcinome beträgt 160.

Von diesen 160 Carcinomen waren:

Carcinome der Portio od. Cervix	131
Corpuscarcinome	13
Ausgangspunkt unbestimmt	13
Recidive nach Totalexstirpationen aus früheren Jahren	3
	160

Operabilität.

Von 160 Uteruscarcinomen wurden operiert 52 Fälle und zwar:

vaginal	49
abdominal und vaginal	3
	52

Es entspricht dies einem Procentsatz von 32,5 %.

Rechnen wir die 5 Fälle hinzu, in denen eine Operation noch möglich gewesen wäre, von den Patientinnen jedoch verweigert wurde, so erhalten wir eine Operabilität von 35,6 %.

Vergleichen wir damit die an andern Kliniken gefundenen Resultate, so sehen wir folgendes:

Winter fand bereits 1893, daß 43% der an die Berliner-Klinik gelangten Uteruscarcinome operabel sind; *Olshausen*[1] fand in den letzten Jahren ebenfalls 40—45%; man hat in Berlin die Bemerkung gemacht, daß die Zahl der operablen Fälle von Jahr zu Jahr steigt, was offenbar damit zusammenhängt, daß jetzt viel mehr Fälle im Anfangsstadium zur Untersuchung kommen als früher. An unserer Klinik ist in dem beobachteten Zeitraum keine stetige Zunahme der Operabilität zu konstatieren, sondern es bestehen ganz bedeutende Schwankungen in der Zahl der operablen Fälle.

An der Hallenser-Klinik wurden in den Jahren 1887 bis 1894 von *Kaltenbach* von 452 Uteruscarcinomen 134 operiert,[2] was eine Operabilität von 40% ausmacht, *Hirschmann*[3] fand an der Würzburger-Klinik nach Zusammenstellung der in den Jahren 1889—1895 operierten Fälle 42% Operabilität; bedeutend geringer ist dieselbe an der Klinik von Kesmarszky in Budapest; hier betrug sie nach einer Zusammenstellung von *Bäcker*[4], die Jahre 1882—1895 umfassend, nur 10%; im Jahre 1895 stieg sie auf 22%.

Fragen wir uns, welches sind die Ursachen dieses Mißverhältnisses zwischen der Anzahl der Erkrankungen und der Zahl der noch operierbaren Fälle? Eine treffende Antwort finden wir in dem Briefe von *P. Müller*, der in Nr. 8 des Korrespondenzblattes für Schweizer-Ärzte vom Jahre 1895 veröffentlicht wurde. Darin wird unter Anderm folgendes bemerkt:

Vor allem muß darauf hingewiesen werden, daß das Leiden selber ein rechtzeitiges Erkennen und Behandeln oft verhindert. Der Verlauf ist, wie bekannt, im Anfang durch längere Zeit hindurch manchmal latent, und, was von größter Bedeutung ist, völlig schmerzlos. Die stärkern Blutungen während der Menstruation, sowie der stärkere Fluor werden sehr häufig ver-

---

[1] Berl. klin. Wochenschrift, 1896, Bd. 23.

[2] Bücheler: Kaltenbachs Ergebnisse der vaginalen Totalexstirpation mit Peritonealnaht. (Zeitschrift für Gebh. und Gynäkologie, Band 30).

[3] Über vaginale Totalexstirpation des carc. Uterus. Inaug-Dissert. Würzburg 1895.

[4] loc. cit.

kannt. Treten diese Symptome zur Zeit des Climacteriums auf, so werden selbst die unregelmäßigen Blutungen mißdeutet; sie werden als Folge der Wechseljahre angesehen und keiner besondern Bedeutung gewürdigt und so kann es wohl vorkommen, daß Monate darüber vergehen, ehe die Frau ernstlich auf die Krankheit aufmerksam wird; während dieser Zeit kann das Carcinom schon bedeutend an Intensität und Extensität zugenommen haben.

Nicht minder tragen an der späten Behandlung die Frauen selbst Schuld. Hier ist ja das übertriebene Gefühl der Schamhaftigkeit zu beklagen, welches Frauen bei gynäkologischen Erkrankungen überhaupt zu spät zum Arzt kommen läßt; lieber vertraut man sich Wochen und Monate lang Hebammen oder Pfuscherinnen an und läßt dadurch die günstige Zeit für Operation vorübergehen. Es ist unglaublich, was die Frauen, besonders der untern Bevölkerungsschichten, in der Beziehung für eine Gleichgültigkeit an den Tag legen; der Arzt wird meistens erst konsultiert, wenn die Blutungen oder Schmerzen einen sehr hohen Grad erreicht haben, wie dies auch aus einzelnen unserer Krankengeschichten hervorgeht.

Die Furcht, der Arzt möchte eine „Operation" für notwendig erklären, hielt ebenfalls manche Patientin von einer Konsultation ab, denn der Ausspruch, es müsse eine Operation gemacht werden, ist heutzutage noch für viele gleichbedeutend mit dem Ausspruch des Todesurteils. Zuweilen sind es auch die Angehörigen, namentlich die Ehemänner, welche ein Hindernis für die rechtzeitige Behandlung der Frauen abgeben; es ist hier mehrmals vorgekommen, daß Patientinnen unmittelbar vor der beabsichtigten Operation von ihren Ehemännern heimgeholt wurden, um später in inoperablem Zustande der Klinik wieder zugeführt zu werden. Gar viele huldigen eben noch der Meinung, eine Operation werde gewissermaßen nur als Sport betrieben und es gäbe noch andere, ungefährlichere Mittel, um der Krankheit zu begegnen.

Leider muß gesagt werden, daß auch die Ärzte oft an dem zu späten Eintreffen der Patientinnen Schuld sind. Wegen Blutungen oder starken Fluors konsultieren die Frauen den Arzt,

dieser verordnet zunächst interne Mittel oder Injektionen und untersucht erst, wenn nach einiger Zeit auf diese Medikation kein Rückgang der Erscheinungen auftritt. Daß dies sich wirklich so verhält, ist aus mehreren unserer Anamnesen zu ersehen; ja, es steht sogar in einer derselben die fast unglaublich klingende Bemerkung: „Der Arzt riet der Patientin, sich von einer Hebamme untersuchen zu lassen.“ Es ist allerdings manchmal schwer, den Frauen begreiflich zu machen, daß eine Untersuchung notwendig ist, doch wird es oft gelingen, durch ernsten Zuspruch und besonders durch Hinweis auf die Gefahr der Verzögerung die Untersuchung zu erzwingen. Mancher wird einwenden, daß bei einer solchen Pression die Patientin sich der Behandlung entzieht und einem zweiten Arzt sich zuwendet. Es ist dies allerdings nicht angenehm, doch fällt dieser Umstand gegenüber der Schwere der Verantwortlichkeit kaum in Betracht; übrigens ist manche Frau, die sich ihrem Hausarzte gegenüber spröde zeigt, gern bereit, sich von einem andern, ihr fernstehenden untersuchen zu lassen.

Noch viel schlimmer ist es, wenn die Untersuchung rechtzeitig gestattet, die Krankheit jedoch nicht erkannt und infolgedessen auch lange Zeit falsch behandelt wird. Es werden „Geschwüre an der Portio“ konstatiert und diese nun Wochen lang mit Ätzmitteln behandelt, durch deren Anwendung das Carcinom nur zu rascherem Wachstum gereizt wird.

In andern Fällen wird das Carcinom als solches erkannt; man weiß, daß die Operation das souveräne Mittel gegen das Leiden darstellt; es wird auch gelegentlich einmal den Patienten und deren Angehörigen davon gesprochen, jedoch zu wenig energisch zur Operation gedrängt; eine Zeit lang werden noch verschiedene Mittel gegeben und so verstreicht die zur Vornahme einer Radikaloperation günstige Zeit.

Operationsmethode.

Vorerst ist zu bemerken, daß an der hiesigen Klinik nur solche Fälle zur Operation kommen, bei denen Aussicht vorhanden ist, daß man im gesunden Gewebe operieren kann; zu

dem Zwecke wird immer einige Tage vorher eine genaue Untersuchung in Narcose vorgenommen, um die Ausbreitung der Neubildung festzustellen. Ist man auch dann noch im Unklaren, so wird oft das hintere Scheidengewölbe geöffnet und durch diese Incisionsöffnung die Beckenhöhle ausgetastet. Allerdings kommen immer noch Fälle vor, wo sich erst während der Operation herausstellt, daß das Carcinom die Nachbarteile schon stark ergriffen hat und wo die Operation daher nicht zu Ende geführt werden kann. Die Untersuchungsnarkose wird jeweilen dazu benützt, die Vegetation abzutragen und die Ulcerationsfläche mit dem Thermocauter oder mit Acidum nitric fumans zu verschorfen. Hat sich das Carcinom als operabel erwiesen, so wird, nachdem sich die Patientin von der Narkose vollständig erholt hat, zur vaginalen Totalexstirpation geschritten.

Auf unserer Klinik wurden im Verlauf der Jahre fast alle Methoden probiert, zuerst die Exstirpation nach *Freund*, hierauf von *Schröder* und *Czerny;* schon früh wurde auch die Abklammerung der Ligamente vorgenommen und in schwierigen Fällen die zuerst von *P. Müller* angegebene mediane Spaltung des Uterus; auch wurde hie und da von der sacralen Methode Gebrauch gemacht.

In den letzten Jahren, über die berichtet wird, hat man sich nicht streng an ein bestimmtes Verfahren gebunden, sondern je nach den Verhältnissen, die sich während der Operation herausstellten, wurde diese oder jene Modifikation vorgenommen. Die gewöhnliche Operationsmethode war folgende:

Es wird sehr großes Gewicht darauf gelegt, daß die ulcerierte Fläche der Portio nicht mit der Wundfläche in Berührung kommt, zu dem Zwecke werden häufig, wo es irgendwie angeht, nach Umschneidung der Portio die beiden Muttermundslippen mit Knopfnähten aus starker Seide übereinandergenäht. Diese Fadenschlingen dienen dann zugleich dazu, den Uterus nach unten zu ziehen, so daß die manchmal störenden Hakenzangen entbehrt werden können. Bei weiterer Ausbreitung des Carcinoms, wo die Schnittfläche in das Scheidengewölbe fällt, werden oft die umschnittenen Teile der Vagina losgelöst, über die Ulcerationsfläche herübergezogen und ebenfalls mit Nähten, die

bei der Operation als Zügel dienen, über derselben vereinigt. Jetzt wird die Blase losgelöst, hinaufgeschoben und Vagina und Peritoneum hinten und vorn eröffnet, an Vaginal- und Peritonealwunde werden Fadenschlingen angelegt. Ist dies alles geschehen, so wird die Abbindung der Ligamente vorgenommen; nur in Ausnahmsfällen wurde die Klammerbehandlung angewandt oder die Durchtrennung der Scheide und der Ligamente mittels des Thermocauthers vorgenommen. Die mediane Spaltung des Uterus, welche früher häufig ausgeführt, aber wegen der Gefahr der Verschleppung von Carcinom-Partikeln auf das Peritoneum aufgegeben wurde, wird in neuerer Zeit in Einzelfällen wieder angewendet, wenn der Uterus keine große Mobilität zeigt. Zur Ligatur wird immer Catgut verwendet. Jede Partie, welche mit der stumpfen Nadel von Deschamps umstochen ist, wird doppelt unterbunden zur Sicherung gegen Blutung und immer wird die zweite Ligatur hinter die erste angelegt, es entstehen zwar dadurch etwas dickere Stümpfe und die Heilung nimmt längere Zeit in Anspruch, doch schon bei Beginn der dritten Woche sind die Stümpfe meistens abgestoßen und hinter ihnen ist die Wundfläche vernarbt. So wird zuerst die eine, dann die andere Seite unterbunden; die Adnexe wurden früher nur entfernt, wenn sich an denselben Veränderungen fanden, jetzt werden diese prinzipiell immer mitgenommen. Letztes Jahr ist ein Fall operiert worden, bei dem ein Ovarium belassen wurde und wo man nach einiger Zeit konstatierte, daß dasselbe auf Eigröße zugenommen hatte, während die umgebende Narbe intakt schien. Da die Frau sich einer zweiten Operation entzog, konnte erst nach weitern drei Monaten konstatiert werden, daß das Carcinom sich vom Tumor aus in das Scheidengewölbe weiter verbreitet hatte, ein Fall, der darauf hinweist, die Adnexe, auch wenn dieselben gesund zu sein scheinen, wenn es irgendwie angeht, bei der Exstirpation mitzunehmen.

Die Peritonealhöhle wird ausnahmslos offen gelassen; nur bei zu großer Öffnung wird dasselbe zu beiden Seiten auf eine kurze Strecke vereinigt. Durch die Öffnung wird ein Jodoformgaze-Streifen zum Zweck der Drainage nach oben geführt,

doch soll dieser nicht zu hoch hinauf kommen, denn wir haben vor Jahren in der Klinik einen Fall an Ileus verloren, wo höchst wahrscheinlich durch das zu hohe Hinaufführen des Jodoformgaze-Streifens Axendrehung des Darms eintrat; auch Bäcker berichtet über einen Todesfall[1], wo die Sektion als Ursache des tötlichen Volvulus Verklebung von Dünndarmschlingen infolge von Jodoformgaze ergab.

Es wird großes Gewicht darauf gelegt, daß die Tamponade nicht zu früh entfernt wird, damit nicht Netz oder Darm in die Wunde vorfällt. Fränkel bemerkte in einem Falle, bei dem er wegen beginnendem Ileus 48 Stunden post op. den Gazestreifen entfernt hatte, Vorfall des Netzes, er nimmt sonst die Gaze auch nicht vor dem sechsten Tage heraus; wir entfernen sie gewöhnlich am achten oder zehnten Tag; nachher wird vorsichtig mit Injektionen in die Vagina begonnen.

Mikulicz, *Schede, Kaltenbach* u. a. sprachen sich für vollständigen Verschluß der Peritonealhöhle aus und *Kaltenbach*[2] führt seine guten Operationsresultate (3,9 % Mortalität) hauptsächlich auf diesen Abschluß der Bauchhöhle zurück. Er findet die Hauptaufgabe darin, die nach der Operation gründlich gereinigte Abdominalhöhle vor Verunreinigung von der Vagina her zu schützen. Die Drainage ist seiner Ansicht nach wirkungslos, wenn es nicht gelungen ist, während der Operation spezifisch pathogene Pilze fernzuhalten, sie ist überflüssig, wenn keine zersetzungsfähige Flüssigkeit in die Peritonealhöhle gelangt ist. Außerdem erscheint ihm auch mit Rücksicht auf einen möglichen Vorfall der Intestina der Abschluß der Bauchhöhle geboten. Hier haben wir mit Ausnahme des obenerwähnten Falles von Ileus nie irgendwelche Störungen vonseiten des Darms bemerkt; die ersten Flatus gingen gewöhnlich am ersten oder zweiten Tag post operat. ab.

Olshausen schließt ebenfalls das Peritoneum, desgleichen *Leopold* und *Hofmeier,* jedoch sah sich letzterer in zwei Fällen gezwungen, wegen Temperatursteigerung die Wunde wieder zu

---

[1] Bd. 53 des Archiv für Gynäkologie „Über Aetiologie und Therapie des Gebärmutterkrebses“.

[2] Hegar und Kaltenbach Operative Gynäkologie 1886.

öffnen; es läßt sich also ein vollständiger Verschluß der Peritonealhöhle auch nicht prinzipiell durchführen, dieselbe ist ohnehin in den meisten Fällen spätestens am dritten Tage durch Pseudomembranen abgeschlossen, auch da, wo Klammern Verwendung fanden.

Unsere Patientinnen stehen gewöhnlich 14 Tage nach der Operation auf und verlassen den Spital nach 3 Wochen. Zu dieser Zeit ist nicht bloß ein Abschluß der Peritonealhöhle, sondern bereits auch eine Ausfüllung des Wundtrichters und eine Verwachsung der Vaginalwunde eingetreten.

Mortalität.

Von den 52 operierten Fällen starben im Anschluß an die Operation 3, zwei an Peritonitis und eine an Erschöpfung, diese letzte Patientin war schon vor der Operation außerordentlich heruntergekommen. Es ergibt sich also eine Mortalität von 5,7 %. Seit März 1895 ist unter 37 Totalexstirpationen überhaupt kein Todesfall mehr vorgekommen; ein Zeichen, daß sich die Prognose dieser Operation von Jahr zu Jahr besser gestaltet.

Vergleichen wir mit unsern Resultaten diejenigen anderer Kliniken, so finden wir folgendes Mortalitätsverhältnis:

Es stellten zusammen:

Martin	77	Fälle	mit 13 %	Mortalität
Zweifel	194	„	„ 7,2 %	„
Richelot	98	„	„ 6,1 %	„
Küstner	55	„	„ 1,8 %	„

Burckhard[1] stellte 30 Fälle aus der Klinik in Greifswald zusammen mit 10 Todesfällen, wovon einer jedoch nicht den Folgen der Operation zuzuschreiben ist, somit eine Mortalität von 18 %. *Bäcker*[2] fand unter 69 an der Budapester Klinik ausgeführten Totalexstirpationen 8 Todesfälle = 11,6 %. *Ols-*

---

[1] 50 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus nach der Doyen-Landauschen Methode (Centralblatt f. Gynäk. 1897. ref.).

[2] loc. cit.

hausen hat unter den letzten 100 Fällen nur einen Exitus zu verzeichnen; diese Patientin war vor dem Eingriffe pyaemisch; *Thorn* unter 62 ebenfalls nur einen. *Fehling* fand aus einer Zusammenstellung voa 778 Fällen verschiedener Autoren eine Mortalität von 9,1 %. *Kaltenbach* (1889) hat unter 62 Fällen 2 Todefälle = 3,2 %; nimmt man hiezu noch die 97 Fälle, die bis April 94 operiert und von *Bücheler*[1] veröffentlicht wurden, so ergibt sich eine Mortalitätsziffer von 3,8 %. *Hirschmann*[2] publizierte die an der Würzburger-Klinik in den Jahren 1889—1895 ausgeführten 62 vaginalen Totalexstirpationen und fand darunter 5 Todesfälle = 8 %

Complicationen

sind unter den 51 Operierten dreimal beobachtet worden.

In einem Fall (Nr. 6 der größern Tabelle) fanden sich neben Carcinom des Corpus Uteri zwei Adnextumoren maligner Natur und es wurden diese samt Uterus per laparotomiam entfernt, nachdem man zuerst von unten die Blase losgelöst, das Peritoneum hinten und vorne eröffnet und den Uterus links fast ganz abgebunden hatte. Patientin befindet sich nach Aussage ihre Arztes noch jetzt vollkommen wohl.

Der zweite Fall (Nr. 11) betraf eine 47 Jahre alte Patientin, die wegen starken, seit 4 Wochen anhaltenden Blutungen das Spital aufsuchte. Es fand sich bei der äußern Untersuchung oberhalb der Symphyse ein faustgroßer Tumor mit höckerigen Prominenzen, der sich bei der innern Untersuchung als Corpus Uteri mit mehreren Fibromyomen herausstellte; zudem war die vordere Muttermundslippe deutlich verdickt, das Gewebe brüchig und die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom der Portio. Es wurde von unten die Portio umschnitten, die Blase losgelöst, der Douglas eröffnet und darauf der Uterus per laparotomiam entfernt. Nach dem

[1] und [2]: loc. cit.

Bericht des Arztes starb die Frau ein Jahr nach der Operation an Recidiven in der Scheide und Laparotomiewunde.

Endlich wurde einmal Carcinom des Corpus Uteri kompliziert mit Ovarialtumor, beobachtet (Fall 149). Patientin, 60 Jahre alt, suchte wegen Blutungen, die schon seit einem Jahr dauerten, ferner wegen übelriechendem Ausfluß das Spital auf; in letzter Zeit waren starke Schmerzen im Abdomen hinzugetreten. Man fand den Uterus vergrößert und bei der Austastung die Schleimhaut stark gewuchert; die mikroskopische Untersuchung der ausgekratzten Massen ergab Cylinderzellkrebs. Neben dem Uterus war ein rundlicher, beweglicher Tumor von mehr als Faustgröße zu fühlen; dieser war auch bei der äußern Untersuchung oberhalb der Symphyse zu konstatieren. Tumor und Uterus wurden durch Laparotomie entfernt, nachdem von unten die Portio cautherisiert, umschnitten und die Uterinae unterbunden waren. Patientin ist gegenwärtig noch ganz gesund.

Nebenverletzungen bei der Operation

sind fünfmal vorgekommen und zwar entstand einmal eine Ureterfistel, zweimal wurde die Blase und zweimal das Rectum angeschnitten; es betraf dies immer Fälle, wo das Carcinom schon stark auf die Nachbarschaft übergegriffen hatte; in den Fällen, wo die Neubildung auf den Uterus beschränkt blieb, verlief die Operation immer ohne Verletzung eines andern Organs.

Es muß noch erwähnt werden, daß in 9 Fällen von Carcinom, welche jedoch unter den 51 operierten nicht mitgezählt sind, die Operation nicht vollendet wurde, hauptsächlich deshalb, weil man sich überzeugte, daß nicht im normalen Gewebe operiert werden konnte. Es wurde in solchen Fällen das bereits losgelöste krankhafte Gewebe noch vollständig abgetragen, die Wundfläche stark cautherisiert und hierauf eine Tamponade vorgenommen. Todesfälle sind nicht eingetreten.

In denjenigen Fällen, wo mit der vaginalen Operation begonnen wurde, dieselbe aber nicht zu Ende geführt werden

konnte, wurde sie per laparotomiam fortgesetzt, selbstverständlich nur in den Fällen, wo man im Verlauf des Versuches der vaginalen Exstirpation glauben mußte, noch im normalen Gewebe operieren zu können.

Operationsresultate.

Um das weitere Schicksal unserer Patientinnen zu erfahren, wurden von allen seit Neujahr 1893 Operierten, die man nicht in letzter Zeit gesehen hatte, schriftliche Erkundigungen eingezogen.

Von den 52 Operierten:

starben, wie schon erwähnt, an der Operation . .	3
seither sind gestorben	9
nicht zu ermitteln waren	5
Nachrichten liegen vor von	31

Von den 31 erwähnten Patientinnen wurden einige auf der Klinik wieder untersucht, leider lange nicht alle. Einige schrieben freilich, sie seien gesund, leiden weder an Schmerzen, noch an Ausfluß oder Blutungen; es geht jedoch nicht an, diese ohne weiteres zu den recidivfreien zu zählen, denn aus dem körperlichen Wohlbefinden kann man noch lange nicht auf das Fernbleiben eines Recidivs schließen; auch dieses kann, wie die primäre Erkrankung, eine Zeit lang latent verlaufen; jedoch kann man vermuten, daß dieselben recidivfrei waren, oder doch die Recidive erst im Beginne waren. Einige Patientinnen ließen sich von ihrem Hausarzt untersuchen und dieser stattete schriftlichen Bericht ab über den Untersuchungsbefund.

Auf der Klinik zeigten sich 17 Patientinnen wieder, von diesen sind recidivfrei 11. Bei einer dieser Patientinnen (Tab. II, Nr. 44) fand man bei der Untersuchung im Juni 1898 die Narbe tadellos, dagegen das Ovarium, das zurückgelassen wurde, apfelgroß, carcinomatös; Patientin wollte sich keiner Operation mehr unterziehen; seither wurde konstatiert, daß das Carcinom sich vom Tumor aus in das Scheidengewölbe weiterverbreitet hatte. Bei den übrigen Patientinnen war weder bei

der bimanuellen Untersuchung, noch bei Besichtigung der Narbe im Speculum irgend etwas Verdächtiges wahrzunehmen.

Bei einer dieser Patientinnen war die Totalexstirpation im Juni 1893 vorgenommen worden (Tab. II, Nr. 9), dann folgen vier, die im Jahre 1895 operiert wurden (Tab. II, Nr. 19, 23, 24 und 25). Die größte Zahl datiert freilich erst aus dem Jahre 1897, zum Teil auch 1898; es geht daher nicht an, daraus eine Procentzahl von Heilungen auszurechnen; es müßten seit der letzten Operation wenigstens drei Jahre verflossen sein.

Bei den übrigen 6 Fällen wurden Recidive konstatiert und zwar bei dreien schon einige Monate nach der Operation; die Neubildung war bei diesen schon stark auf die Ligamenta lata übergegangen und konnte daher bei der Operation nicht mehr ganz entfernt werden, also handelt es sich dabei nicht um eigentliche Recidive (Tab. II, Fall 3 und Fall 41 und 46). In zwei andern Fällen trat das Recidiv ein Jahr nach der Operation auf (Tab. II, Fall 12 und 18) und im sechsten Fall endlich zwei Jahre nach der Totalexstirpation (Tab. II, Nr. 8).

Berichte von Ärzten liegen vier vor, es betreffen dies die Fälle Nr. 2, 16, 27 und 30 der II. Tabelle. Fall 2, der mit Adnextumoren kompliziert war und bei welchem per vaginam und per laparotomiam operiert wurde, soll sich gesund und wohl befinden, ebenso Fall 16, bei dem ein Corpuscarcinom vorlag, das im April 1895 entfernt wurde. Der Arzt schreibt darüber: „Ich habe Frau L. heute innerlich untersucht und alles den Verhältnissen entsprechend normal gefunden, indem die blindsackförmige Scheide nichts Besonderes zeigte."

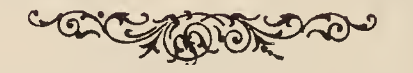
Die beiden andern Pateintinnen leiden an Recidiven. Prof. Langhans schreibt über das Präparat von Fall 27: „Die krebsige Infiltration reicht im untersten Teil des Cervix bis dicht an die Operationsfläche heran; die Schicht von makroskopisch anscheinend normalem Gewebe ist kaum 1/2 mm dick"; ferner bei Fall 30: „Die Krebsmassen reichen ganz dicht an die Operationsfläche heran, so daß diese höchstens durch eine 1/10 mm dichte Schicht grtrennt sind." Es ist also wohl auch hier nicht ganz im gesunden Gewebe operiert worden.

Endlich liegen noch 10 Berichte von Patientinnen selbst vor. Bei Fall 38, Tab. II, konnte bei der Operation nicht alles entfernt werden. Patientin wurde mit einer Rectovaginalfistel entlassen, welche bei der Operation entstanden war und deren Verschluß man vergebens versucht hatte. Die andern Patientinnen befinden sich wohl; eine von ihnen, Fall 13, Tabelle II, wurde im September 1894 operiert; der Uterus war dabei noch so beweglich, daß er leicht vor die äußern Genitalien gezogen werden konnte. Drei fernere Fälle (20, 21 und 22) wurden im Juli 1895 operiert, Fall 26 im November 95 und Fall 31 im August 1896, die andern Fälle datieren erst aus dem Frühjahr 1897.

Wir wollen und können die Operationserfolge, was definitive Heilung verlangt, nicht in Procenten ausdrücken; jedoch soviel ergibt sich aus den Berichten, die wir erhalten haben, daß ungefähr die Hälfte der Fälle kürzere oder längere Zeit recidivfrei geblieben sind und daß von den andern auch eine grössere Anzahl durch relativ längere Zeit ohne Recidive blieben. Diese Erfahrungen berechtigen uns zu dem Schlusse, *dass die Operation der vaginalen Totalexstirpation des Uterus als relativ ungefährliche Operation in allen den Fällen gemacht werden kann, wo die Neubildung die Grenzen des Uterus noch nicht überschritten hat und dass dieselbe, wenn ihr nur diese Fälle reserviert bleiben, auch vor Recidiven ziemlich sichert. Man kann noch weiter gehen. Wenn auch die Operation nicht sicher vor Recidiven schützt, ist sie doch geeignet, in einer nicht geringen Anzahl von Fällen das Leben auf längere Zeit hinaus zu verlängern, da die Recidive doch manchmal ziemlich lang ausbleiben.*

Ist schon die Nachbarschaft des Uterus carcinomatös, so soll von einer Exstirpation per vaginam abgesehen werden, denn einerseits kommen dabei leicht gefährliche Nebenverletzungen vor, andrerseits sind Recidive zu erwarten. Für solche Fälle kommt jedenfalls noch die Laparotomie in Frage, denn sie allein bietet noch die Möglichkeit, alles Krankhafte zu entfernen; ob diese Hoffnung aber auch erfüllt wird, muss die weitere Erfahrung lehren.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef und Lehrer, Herrn Prof. Dr. P. Müller, meinen besten Dank auszusprechen für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die stets bereitwillige Unterstützung bei der Abfassung derselben.



Zusammenstellung

der von

1. Januar 1893—1. Juli 1898 beobachteten Carcinome des Uterus.

Nr.	Eintritt 1893	Name	Alter	Status	Eingriff	Datum des Eingriffs	Entlassung
1.	2. I.	Frau G.	53	An Stelle der Portio ein trichterförmiges Geschwür, fast keine Andeutung eines Scheidengewölbes mehr.	Totalexstirpation.	11. I.	† am 22. I. an Peritonitis.
2.	12. 1.	„ G.	53	Portio in ein handtellergroßes Geschwür umgewandelt, Vagina ergriffen	Auskratzung und Ätzung.	14. I.	28. I.
3.	12. I.	„ M.	44	Cervixcarcinom, stark in die Nachbarteile gewuchert.	Auskratzung und Ätzung.	14. 1.	31. I.
4.	20. I.	„ K.	44	An Stelle der Portio ein Tumor von der Größe eines kleinen Apfels; nach rechts die Nachbarteile stark ergriffen.	Abtragung mit der Scheere. Tamponade.	6. II.	25. II.
5.	2. II.	„ M.	63	An Stelle der hintern Muttermundslippe ein höckeriger, apfelgroßer Tumor, von dem aus Stränge zur hintern Beckenwand ziehen.	Cautherisation.		8. II.
6.	2. II.	„ W.	52	Portio normal; Uterus nicht vergrößert; Mucosa hypertrophisch. Neben dem Uterus 2 Adnextumoren.	Exstirpation v. Uterus u. Adnexen auf vaginalem u. abdominal. Weg.	13. II.	27. III.
7.	17. II.	„ H.	51	An Stelle der Portio blumenkohlartige Massen. Vagina und Parametrien ergriffen.	Cautherisation.		7. III.
8.	10. III.	„ M.	55	Carcinoma cervicis. Uterus nur wenig herunterzuziehen; links und besonders rechts im Parametrium feste Stränge.	Totalexstirpation.	20. III.	11. IV.

Nr.	Eintritt 1893	Name	Alter	Status	Eingriff	Datum des Eingriffs	Entlassung
9.	21. III.	Frau J.	46	An Stelle der Portio ein kraterförmiges Geschwür; Uterus wenig beweglich; derbe Stränge in beiden Parametrien.	Auskratzung und Ätzung.	22. III.	30. III.
10.	11. IV.	„ P.	60	Carcinom der Portio schon auf die Vagina übergegriffen.	Auskratzung und Ätzung.	13. IV.	8. V.
11.	18. IV.	„ H.	47	Vordere Muttermundslippe verdickt, Becken ausgefüllt mit höckerigen Massen, die auch über der Symphyse fühlbar sind und mit dem Uterus zusammenzuhängen scheinen.	Totalexstirpation d. Uterus mit den Myomen per vag. et laparot.	?	25. V.
12.	1. V.	„ P.	66	Uterus scheint bei der Untersuchung normal Umgebung frei. Aus dem Uterus sind mit dem scharfen Löffel weiche Massen zu entfernen.	Totalexstirpation.	11. V.	9. VI.
13.	16. V.	„ B.	68	Carc. d. Cervix schon auf die Nachbarschaft übergegriffen.	Versuch der vag. Totalexstirpation	29. V.	14. VI.
14.	23. V.	„ G.	46	Muttermund und Portio intakt, Uterus vergrößert, nach links diffuse, gegen d. Beckenwand ziehende Massen Carc. corporis uteri.	Versuch der vag. Totalexstirpation		14. VI.
15.	6. V.	„ Sch.	45	Portio und Uterus von fester Konsistenz, letzterer in Narkose wenig herunterzuziehen; Pathol. anat. festgestelltes Carc. d. Portio.	Op. verweigert.		12. VI.
16.	13. VI.	„ K.	63	An Stelle der Portio ein trichterförmiges Geschwür. Vagina im obern Teil ergriffen.	Spülungen.		1. VII.
17.	6. VII.	„ D.	56	Uterus stark vergrößert, Portio plump, im Muttermund knollige Massen, Scheidengewölbe links hinten diffus infiltriert.	Auskratzung und Ätzung.	11. VII.	22. VII.

18.	17. VII.	Frau M.	52	An Stelle der Portio ein tiefer Trichter mit höckerigem Wandungen. Die Infiltration reicht seitlich bis an die Beckenwand.	Spülungen.		22. VII.
19.	22. VII.	„ L.	53	Carcinoma corporis uteri et vaginae.	Spülungen.		25. VII.
20.	28. VII.	„ W.	43	In der Vagina ein zerklüfteter Tumor, Cervix stark verbreitert. R. Lig. latum infiltriert.	Totalexstirpation p. vaginam.	5. VIII.	†. a. 9. VIII a. Periton.
21.	31. VII.	„ M.	30	Portio pilzförmig, stark zerklüftet, Umgbg. frei.	Totalexstirp p. vag.	10. VIII.	5. IX.
22.	4. VIII.	„ W.	65	Das Carcinom war in der Poliklinik des Inselspitals diagnostiz. worden. Patientin wollte sich hier nicht untersuchen lassen.	Keine.		4. VIII.
23.	29. VIII.	„ W.	51	Portiocarcinom, Uterus gut beweglich.	Totalexstirp. p. vag.	31. VIII.	14. IX.
24.	18. VI.	„ W.-G.	47	Portiocarcinom, Adnexe frei.	Totalexstirp. p. vag.	21. VI.	11. VII.
25.	4. X.	„ Sch.	63	Portiocarcinom, das auf Vagina, Lig. lata und Rectum übergegriffen hat.	Auskratzung und Ätzung.		22. V.
26.	17. X.	„ G.	56	Carcinoma cervicis, auf Scheidengewölbe und Blase übergegriffen.	Versuch der vag. Totalexstirp.	?	22. XI.
27.	31. X.	„ L.	55	Carc. der Cervix, auf den obern Teil der Vagina übergegangen und bis an die Beckenwand reichend.	Auskratzung und Ätzung.		4. XI.
28.	3. XI.	„ S.	56	Portiocarcinom mit Übergang auf die Scheide.	Auskratzung.		29. IX.
	1894						
29.	4. I.	Frau M.	48	Portio stark verbreitert, mit höckerigem Rand, Wand der Cervicalhöhle rauh, per Rectum fühlt man Infiltration bis a. d. Beckenwand.	Auskratzung.	17. I.	2. II.
30.	10. I.	„ E.	38	Portio pilzförmig, hart, links das Scheidengewölbe infiltriert, Infiltration bis an die Beckenwand reichend.	Auskratzung.	17 I.	1. II.

Nr.	Eintritt 1894	Name	Alter	Status	Eingriff	Datum des Eingriffs	Entlassung
31.	22. I.	Frau G.	45	Portio verdickt, hart, im Speculum sieht man eine rötlichgelbe, höckerige Fläche. Parametrien frei. Uterus beweglich.	Totalexstirpation p. vaginam.	31. I.	22. II.
32.	22. I.	„ B.	55	An Stelle der Portio ein kraterförmiges Geschwür. Starke Infiltration bis an die Beckenwand.	Auskratzung.	24. 1.	10. II.
33.	2. III.	„ G.	61	Carcinom der Portio, Nachbarschaft scheint frei	Versuch der Totalexstirpation p. v.	7. III.	29. III.
34.	8. III.	„ G.	58	Portiocarcinom mit Infiltration der Douglas-Falten.	Auskratzung	14. III.	29. III.
35.	8. III.	„ G.	45	Carcinom der vord. Muttermundslippe. Corpus uteri nach allen Richtungen frei beweglich, Uterus läßt sich ganz vor die Genitalien ziehen.	Totalexstirpation p. vaginam.	9. III.	29. III.
36.	30. III.	„ H.	68	Carcinom der Portio. Uterus nach links fixiert, fast gar nicht herunterzuziehen.	Auskratzung.	3. IV.	9. IV.
37.	6. IV.	„ J.	54	Cervixcarcinom mit Übergang auf Scheidengewölbe und Beckenwand.	Auskratzung.	7. IV.	14. IV.
38.	7. IV.	Frau M.	43	Portiocarcinom. Infiltration beider Scheidengewölbe.	Auskratzung.	8. IV.	16. IV.
39.	17. IV.	„ B.	58	Carcinom der Portio mit Übergang auf die Vagina.	Auskratzung.	19. IV.	5. V.
40.	7. IV.	„ Z.	63	Carcinom der Portio; im hintern Scheidengewölbe Infiltration, stellenweise bis zur Beckenwand.	Auskratzung.	15. V.	25. V.

42.	5. VI.	„ M.	35	Carcinom, das nach der path. anatom. Untersuchung wahrscheinlich v. Corpus Uteri ausgeht. Infiltration nicht bis an die Beckenwand reichend.	Operation verweigert.		23. VII.
43.	7. VI.	„ B.	53	Cervixcarcinom mit Infiltration, bis an die Beckenwand reichend.	Toxininjektionen.		11. VII.
44.	15. VI.	„ St.	43	Cervixcarcinom, vorn bis nahe an die Blase, hinten hoch hinauf reichend. Beckenzellgewebe infiltriert.	Auskratzung.	21. VI.	10. VII.
45.	20. VII.	„ D.	56	Cervixcarcinom mit Infiltration des Beckenzellgewebes.	Versuch der Totalexstirpation.	26. VII.	14. VIII.
46.	25. VII.	„ P.	37	Carc. d. Portio, etwas auf das hintere Scheiden gewölbe übergegangen; vorne u. seitlich das Scheidengewölbe frei.	Totalexstirpation p. vaginam.	30. VII.	17. VIII.
47.	29. VII.	„ M.	53	Carcinom der Portio m. Infiltration d. Beckenzellgewebes.	Auskratzung.	30. VII.	15. VIII.
48.	?	Frau K.	60	Carcinoma uteri, dessen Ausgangspunkt nicht mehr festzustellen war.	Spülungen.		26. IX.
49.	13. VIII.	„ L.	56	Carcinom der Portio mit Übergang auf Scheidengewölbe und Beckenzellgewebe.	Auskratzung.	14. VIII.	31. VIII.
50.	4. IX.	„ A.	47	Carcinom des Cervix, Recto-Vaginalfistel	Auskratzung.	7. IX.	24. IX.
51.	18. IX.	„ F.	48	Carcinom der Portio. Parametrien bis an die Beckenwand infiltriert, Uterus nicht herunterzuziehen.	Auskratzung und Ätzung.	19. IX.	24. IX.

Nr.	Eintritt 1894	Name	Alter	Status	Eingriff	Datum des Eingriffs	Entlassung
52.	24. IX.	Frau J.	68	Corpuscarcinom. Beckengewebe infiltriert, Uterus gar nicht herunterziehen. Pathol. anatom. Cylinderzellkrebs des corpus uteri.	Dilatation, Ätzung.		22. X.
53.	24. IX.	„ Sch.	53	Carcinoma cervicis. Uterus läßt sich vor die äußern Genitalien ziehen.	Totalexstirpation p. vaginam.	27. IX.	26. X.
54.	5. X.	„ G.	50	Carcinoma cervicis mit Übergang auf den obern Teil d. Vag. u. das l. Parametrium.	Auskratzung.	7. X.	12. X.
55.	30. X.	„ W.	39	Carcinom des Portio.	Versuch der vag. Totalexstirpation doch nicht vollendet, weil Blase und Rectum ergriffen waren.		26. XI.
56.	5. XI.	„ Ch.	46	Ausgangspunkt des Carcinoms nicht mehr festzustellen, Durchbruch in die Blase.			16. XI.
57.	19. XI.	„ G.	42	Cervixcarcinom, das bis an die Blase herangeht.	Auskratzung.		4. XII.
58.	20. XI.	„ N.	55	Carc. d. Portio, bis auf das Rectum übergegriffen, beidseitig Schwellung der Inguinaldrüsen.	Auskratzung.		7. XII.
59.	23. XI.	„ H.	58	Carcinom des Corpus Uteri beiderseits Schwellung der Inguinaldrüsen.	Spülungen.		8. XII.
60.	8. XII.	„ P.	59	Carcinom der Cervix mit Übergang auf corpus uteri und Ligamenta lata.	Thermocauther.		16. XII.
61.	10. XII.	„ M.	43	Carcinom der Portio. Verwachsuugen mit der Blase und links bis zur Beckenwand rei-	Auskratzung und Ätzung.	11. XII.	17. XII.

				menta lata.	Injectionen.		
63.	14. I.	„ G.	63	Carcinom der Portio, Nachbarschaft scheint frei.	Totalexstirpation p. vaginam.	16. I.	18. II.
64.	8. II.	„ G.	54	Recidiv 3 Jahre nach Totalexstirpation per vaginam, Ureterfistel.	Spülungen.		21. II.
65.	15. III.	„ Tsch.	43	Cervixcarcinom. Uterus scheint beweglich, Ligamente nicht infiltriert.	Totalexstirpation p. vaginam.	23. III.	25. III. † an Erschöpfung.
66.	? IV.	Frau K.	48	Cervixcarcinom. Rechtes lig. latum infiltriert bis an die Beckenwand.	Thermocauter.		6. IV.
67.	27. III.	„ W.	59	Cervixcarcinom ohne Infiltration in der Umgebung.	Operation verweigert.		6. IV.
68.	30. III.	„ M.	65	Carcinoma cervicis. Uterus scheint noch beweglich.	Abtragung der carcinomatösen Massen m. d. Scheere. Blasenfistel.		24. IV.
69.	6. IV.	„ L.	52	Carcinoma corporis uteri.	Totalexstirpation p. vaginam.	13. IV.	4. V.
70.	18. IV.	„ R.	45	Carcinom der Portio und des corpus uteri. Infiltration rechts bis an die Beckenwand reichend.	Auskratzung; Injection von Streptococcentoxinen.		25. V.
71.	3. V.	„ L.	53	Inoperables Cervixcarcinom.	Auskratzung.		19. VI.
72.	7. V.	„ W.	52	Recidiv nach im Sept. 93 vorgenommener vag. Totalexstirpation (S. Fall 23).	Injection v. Streptococcentoxinen.		29. V.

Nr.	Eintritt 1895	Name	Alter	Status	Eingriff	Datum des Eingriffs	Entlassung
73.	2. V.	Frau S.	44	Cervixcarcinom, das noch nicht auf die Nachbarschaft übergegangen ist.	Totalexstirpation p. vaginam.	8. V.	30. V.
74.	24. V.	„ W.	53	Carcinom der Portio, den ganzen obern Teil der Vag. ausfüllend.	Auskratzung und Ätzung.		14. VI. † an Erschöpfg.
75.	14. VI.	„ A.	66	Carcinoma cervicis et corporis uteri.	Auskratzg. u. Ätzg.		8. VI.
76.	14. VI.	„ J.	44	Cervixcarcinom, noch nicht auf die Umgebung übergegangen.	Totalexstirpation p. vaginam.	22. VI.	28. VII.
77.	20. VI.	„ W.	50	Cervixcarcinom. Übergang auf corpus uteri und Scheidengewölbe.	Auskratzung.		1. VII.
78.	24. VI.	„ A.	48	Carc. des Cervix; Uterus beweglich, nur nach links und hinten erscheint er etwas fixiert.	Totalexstirpation p. vaginam.	27. VI.	10. VII.
79.	1. VII.	„ G.	44	Portiocarcinom. Corp. uteri sehr beweglich, Nachbarschaft frei, doch ist nicht unwahrscheinlich, daß das Carcinom auf die hintere Vaginalwand übergegriffen hat.	Totalexstirpation p. vaginam.	4. VII.	22. VII.
80.	2. VII.	„ K.	41	Carcinoma cervicis, das nicht auf die Nachbarschaft übergegriffen hat.	Totalexstirpation p. vaginam.	11. VII.	3. VIII.
81.	25. VII.	„ A.	46	Carcinom d. Cervix.	Pat. will sich nicht behandeln lassen.		29. VII.
82.	15. VIII.	„ L.	57	Carc. der Portio. An beiden Lippen verdächtige Erosionen. Uterus nach allen Seiten beweglich. Parametrien frei.	Totalexstirpation p. vaginam.	23. VIII.	12. IX.
83.	16. VIII.	„ J.	56	Keine Portio mehr, an ihrer Stelle ein großes	Auskratzung.		26. VIII.

				doch schon die Douglas-Falten ergriffen.			
86.	30. IX.	„ S.	50	Carc. der hintern Muttermundslippe und auf diese beschränkt.	Totalexstirpation p. vaginam.	7. X.	23. X.
87.	30. X.	„ H.	54	Carcinom der Portio, auf Vagina und Parametrien übergegriffen.	Auskratzung.	2. XI.	3. XII.
88.	13. XI.	Frau Sch.	51	Carcinom d. Cervix; nach vorn und rechts Parametrium ganz frei, nach links und etwas nach hinten besteht eine d. Portio mit der Beckenwand verbindende Resistenz. U. gut nach abwärts zu ziehen.	Totalexstirpation p. vaginam.	23. XI.	21. XII.
89.	18. XI.	„ M.	39	Carcinom der Portio. Letztere bedeutend vergrößert und verdickt. U. vollkommen beweglich.	Totalexstirpation p. vaginam.	25. XI.	21. XII.
90.	26. XI.	„ R.	53	Carcinoma corporis uteri, patholog. — anatomisch festgestellt.	Totalexstirpation.	30. XI.	21. XII.
91.	26. XI.	„ J.	46	Cervix stark verdickt, tief in die Vagina hineinragend, Verwachsungen mit der Umgebung keine zu konstatieren. Uterus relativ gut beweglich.	Vag. Totalexstirp.	30. XI.	21. XII.
92.	18. XII.	„ J.	48	In der Cervicalhöhle unregelmäßige Wucherungen. Umgebung des U. scheint frei, U. ist mehrere Centimeter nach abwärts zu ziehen.	Versuch der Totalexstirpat. Doch wurde sie nicht vollendet, weil die vordere Cervicalwand beständig einriss, da sie nur wenige mm dick war.	22. XII.	8. I. 96.

Nr.	Eintritt 1896	Name	Alter	Status	Eingriff	Datum des Eingriffs	Entlassung
93.	14. I.	Frau S.	46	Carcinoma cervicis, Uterus noch ganz beweglich.	Totalexstirpation.	?	10. II.
94.	25. II.	„ Sch.	52	Portiocarcinom. Beide Ligg. sacro-ut. starr infiltriert, Uterus nahezu faustgroß.	Auskratzung.	5. III.	19. III.
95.	13. III.	„ M.	58	Carcinom des Cervix mit Übergang auf d. Vagina. Beide Parametrien bis zur Beckenwand ergriffen. Uterus ganz unbeweglich.	Auskratzung.	16. III.	25. III.
96.	18. III.	„ H.	38	Carcinom der vordern Muttermundslippe. Hintere M. M. L. und Parametrien frei; Uterus gut beweglich.	Totalexstirpation.	21. III.	11. IV.
97.	7 IV.	„ A.	32	Beide Muttermundslippen ganz in d. Geschwulst aufgegangen, Vagina und Parametrien scheinen frei zu sein.	Versuch der Totalexstirpation, doch nicht vollendet, weil die Neubildung dicht an die Blase heranreichte.	22. III.	1. V.
98.	22 IV.	„ H.	50	Cervixcarcinom. Linkes Parametrium starr infiltriert.	Auskratzg in Narkose, wobei konstatiert wird, daß die Neubildung weit auf die Umgebung übergegriffen hat.	24. IV.	7. V.
99	27. IV.	„ B.	50	Carcinom d. Cervix. Übergang auf Blase und Douglas.	Auskratzung.	28. IV.	23. V.

103.	22. V.	„ J.	53	Carcinom d. Cervix. Ligamente beidseitig infiltriert, derb, auch d. Rectum schon ergriffen.	Auskratzung.	29. V.	26. VI.
104.	1. VI.	„ G.	55	Carc. d. Cervix, Blase schon ergriffen, wie sich bei dem Versuch der Totalexstirp. herausstellte	Versuch der Totalexstirpation.	13. VI.	9. VII.
105.	15. VI.	„ D.	56	Cervixcarcinom. Uterus ganz starr in d. infiltrierten Ligamente eingebettet, Perforation der hintern Blasenwand.	Spülungen.		21. VIII.
106.	2. VII.	„ R.	54	Carc. cervicis. Uterus ganz unbeweglich. Inguinaldrüsen geschwellt.	Auskratzung.		23. VII.
107.	23. VII.	„ B.	56	Carc. cervicis. Scheidengewölbe, Rectum und ligamenta sacro-uterina ergriffen.	Auskratzung.		28. VIII.
108	31. VII.	„ B.	52	Carcinom der Portio. Das rechte Lig. sacro-uterinum erscheint infiltriert.	Totalexstirpation.	1. VIII.	16. VIII.
109.	5. VIII.	„ K.	43	Cervixcarcinom, Uterus ganz unbeweglich, nach links Infiltration bis an die Beckenwand	—		10. VIII.
110.	14. VIII.	„ N.	46	Cervixcarcinom. Infiltration beider Parametrien, besonders links. Wand gegen die Blase zu äußerst dünn.	Spülungen mit Acet. pyrolign.		17. VIII.
111.	20. VIII.	„ B.	30	Cervixcarcinom, auch das corpus uteri scheint ergriffen. Im hintern Scheidengewölbe derbe Massen fühlbar. Rectum 8—10 cm von der Analöffnung entfernt durch die Neubildung stark seitl. komprimiert.	Ätzungen mit acid. nitric.		20. VIII.

Nr.	Eintritt 1896	Name	Alter	Status	Eingriff	Datum des Eingriffs	Entlassung
112.	20. IX.	Frau A.	36	Portio v. derber Consistenz, höckerig, bei der Untersuchung leicht blutend.	Totalexstirpation.	3. X.	27. X.
113.	1. X.	„ Sch.	43	Cervicalcarcinom. Cervicalhöhle mit unregelmäßigen Wandungen, von derber Consistenz. Im r. lig. latum d. Infiltration bis an die Beckenwand reichend.	Auskratzung.	8. X.	23. X.
114.	12. X	„ H.	29	Portio höckerig zerfallen. Uterus normal groß. Links und rechts im lig. latum diffuse Resistenz.	Totalexstirpation, wobei man in's Rectum geriet.	19. X.	21. XI.
115.	12. X.	„ J.	45	Recidiv nach einer im J. 95 ausgeführten Totalexstirpation (Nr. 76).			16. X.
116.	13. X.	„ D.	63	Portio verdickt und hart, Uterus nicht verschieblich. Carc. patholog.-anatomisch festgestellt.	Operation verweigert.		29. X.
117.	26. XI.	„ W.	59	Cervixcarcinom. Ligamente bis an d. Beckenwand ergriffen. Uterus fixiert. Inguinaldrüsen geschwellt.	Auskratzung.		23. XII.
118.	26. XI.	„ B.	36	Cervixcarcinom, Uterus beweglich.	Totalexstirpation.	28. X.	13. XII.
119.	23. XII.	„ St.	44	Portiocarcinom, vorn nahe an die Blase reichend, so daß keine Radikaloperation möglich ist.	Spülungen.		23. XII.
	1897						
120.	7. I.	Frau R.	29	Portio ganz zerklüftet, hart, links im Parametrium derbe Resistenzen.	Totalexstirpation.	21. I.	18. II.

				scheint nur eine diffuse Resistenz zu bilden. In beiden lig. lata und sacro-uterina ebenfalls Resistenzen.			
124.	1. II.	„ F.	54	Carcinoma corporis et cervicis uteri. Parametrien und Adnexe scheinen frei zu sein.	Totalexstirpation.	13. II.	13. III.
125.	4. II.	„ H.	56	Cervixcarcinom.	Totalexstirp. dabei entstand Recto-Vaginalfistel.	4. II.	10. III.
126	17. II.	Frau R.	31	Carcinoma corporis uteri. Uterus ganz beweglich, Portio normal.	Totalexstirpation.	18. III.	12. IV.
127.	6. IV.	„ R.	35	Portiocarcinom, Uterus noch beweglich, jedoch scheinen d. Parametrien ergriffen.	Cautherisation.	6. IV.	4 V.
128.	6. IV.	„ S.	46	Carc. cervicis. Parametrien bis an d. Beckenwand infiltriert, Scheide auch ergriffen.	Cautherisation.	7. IV.	23. IV.
129.	10. IV.	„ G.	47	Carcinoma cervicis, Uterus noch beweglich, Adnexe frei.	Totalexstirpation.	14. IV.	1. V.
130.	12. II.	„ Al.	40	Carc. der Portio; Uterus scheint noch beweglich, im Parametrium keine Resistenzen.	Versuch der Totalexstirpation, doch wurde sie aufgegeben, weil d. vord. Vag.-Wand stark ergriffen war.	11. III.	30. III.
131.	26. V.	„ D.	52	Portio höckerig, Uterus normal groß, zl. mobil, Lig. sacro-uterina verdickt.	Auskratzung.	4. VI.	12. VI.
132.	21. VI.	„ K.	51	Portiocarcinom hinten auf das Scheidengewölbe übergegangen, Ligamenta sacro-uterina verdickt.	Auskratzung.	2. VI.	12. VI.

Nr.	Eintritt 1897	Name	Alter	Status	Eingriff	Datum des Eingriffs	Entlassung
133.	24. VI.	Frau Sch.	55	Portio höckerig; Uterus normal groß, sehr mobil. Seitlich keinen Resistenzen.	Totalexstirpation.	1. VII.	14. VIII.
134.	12. VIII.	„ M.	57	Carcinom der Portio mit Übergang auf die Nachbarteile.	Auskratzung.	12. VIII.	2. IX.
135	19. VIII.	„ Ch.	46	Portiocarcinom. R. lig. latum an der Verbindungsstelle mit dem Uterus verdickt, sonst nirgends Stränge oder Verdickungen. Uterus beweglich.	Totalexstirpation.	?	16. IX.
136.	14. VIII.	„ W.	41	Carcinom d. Cervix. Im rechten lig. latum dicht neben dem Uterus harte Knoten.	Totalexstirpation.	1. IX.	24. IX.
137.	15. X.	„ B.	64	Carc. des Cervix. Linkes Scheidengewölbe verschwunden, Portio zerklüttet, Ligamenta sacro-uterina infiltriert.	Spülungen, Cautherisation.		20. X.
138.	19. X.	„ M.	55	Keine deutl. Portio mehr. Rechtes Parametrium bis an die Beckenwand ergriffen. Beide ligg. sacro-uterina infiltriert.	Cautherisation.		3. XI.
139.	25. X.	„ Ch.	57	Portio höckerig, Schleimhaut der Scheidengewölbe ulceriert, nach links und hinten diffuse Resistenzen. Uterus wenig beweglich.	Cautherisation.		2. XI
140.	6. XI.	„ B.	67	Carcinom der Portio. Vagina schon stark ergriffen.	Spülungen.		6. XI.
141.	12. XI.	„ S.	45	Starke Verdickung der Portio, Zerklüftung. Adnexe und Vagina frei.	Totalexstirpation.	15. XI.	9. XII.
142.	3. XII.	„ Z.	57	Cervical- und Uterushöhle zusammen ein Ganzes	Auskratzung.	8. XII.	16. XII.

					klüftet. Uterus schwer beweglich. Hinten und links infiltrierte Stränge.	therisation.		
144.	18. I.	„	B.	33	Portio handtellergroß; hinter dem Uterus diffuse Infiltration.	Auskratzung. Cautherisation.	21. I.	9. II.
145.	7. II.	„	K.-S.	49	Portio vergrößert, höckerige Oberfläche. Uterus beweglich	Totalexstirpation.	16. II.	16. III.
146.	8. II.	„	W.	53	Carcinom der Portio. Linkes lig. lat. infiltriert.	Totalexstirpation.	16. II.	14. III.
147.	23. II.	„	Th.	47	Carcinoma corporis uteri. Uterus gut beweglich.	Totalexstirpation.	26. II.	16. III.
148.	4. III.	„	L.	58	An Stelle der Portio ein tiefer Trichter mit höckerigen Wandungen. Uterus starr nach hinten fixiert.	Auskratzung.		16. III.
149.	8. III.	„	Ch.	60	Carc. corporis uteri. Kystoma ovarii. U. ganz beweglich; nach Dilatation in demselben gewucherte Massen fühlbar.	Entfernung v. Uterus und Tumor auf vaginalem u. abdominal. Weg.	14. III.	22. IV.
150.	31. III.	„	G.	59	Portio stark verbreitert; links geht das Carcinom bis auf d. Beckenwand.	Auskratzung.		7. IV.
151.	15. IV.	„	S.	41	Carc. der Cervix; Cervicalhöhle ein Trichter mit höckeriger Wand. Umgebung frei.	Totalexstirpation.	16. IV.	5. V.
152.	18. V.	„	H.	58	Portio fast handtellergroß, stark zerklüftet, ganz in feste Massen eingebettet.	Auskratzung und Ätzung.	25. V.	27. VI.
153.	31. V.	„	M.	41	An Stelle der Portio eine kraterförmige Höhle mit höckeriger Oberfläche. Hinter dem Uterus starre Massen, bis an die Beckenwand reichend.	Auskratzung und Ätzung.	4. VI.	9. VI.

Nr.	Eintritt 1897	Name	Alter	Status	Eingriff	Datum des Eingriffs	Entlassung
154	13. V.	Frau G.	$49^1/_2$	An Stelle der Portio eine kraterförmige Höhle, welche so nahe an d. Blase heranreicht, daß die Perforation beim Curettement gefürchtet wird.	Ätzung mit acid. nitric. fumans.	15. VI.	22. VI.
155.	9. V.	„ L.	44	Portio sehr stark verdickt; in der Cervixwand nach hinten zu eine diffuse, feste Carcinommasse. Vom U. nach links und hinten ein derber Strang ausgehend bis an die hintere Beckenwand.	Totalexstirpation c. adnexis.	11. V.	3. VI.
156	9. VI.	„ B.	40	Portio plump, im Cervix an der vordern Wand eine leicht blutende Excrescenz. Uterus gut beweglich. Nachbarteile frei.	Totalexstirpation mit d. Adnexen.	11. VI.	27. VI.
157.	13. VI.	„ M.	45	Vordere Muttermundslippe normal, hintere in einen wallnußgroßen Tumor umgewandelt, der den Charakter des Carcinoms trägt.	Totalexstirpation.	14. VI.	28. VI.
158.	17. VI.	„ St.	44	An Stelle der Portio eine große Höhle mit abbröckelnden Wandungen, Uterus ganz starr, Vagina in großer Ausdehnung ergriffen.	Auskratzung. Ätzung mit acid. nitric. fumans.	23. VI.	28. VI.
159.	24. VI.	„ M.	46	Portio auf das doppelte vergrößert, hart, unregelmäßig, Cervicalkanal eine weite, kraterförmige Höhle. Vom Cervix ein fester Strang bis zur Beckenwand ziehend.	Auskratzung. Ätzung mit acid. nitric. fumans.	29. VI.	8. VII.
160.	30. VI.	„ Sch.	39	Portio plump, in der Cervicalhöhle unregelmäßige, derbe Knoten zu fühlen, leicht blutend. Beiderseits vom Cervix ziehen derbe Stränge nach hinten.	Auskratzung und Ätzung.	7. VII.	19. VII.

Nr.	Eintritt 1893	Name	Alter	Status	Pathalog.-anatom. Befund	Operation	Datum der Operation	Datum der Entlassung	Endresultat
1.	2. I.	Frau G.	53	Carc. der Portio; fast keine Andeutung eines Scheidengewölbes mehr.	—	Totalexstirpation per vag.	11. I.		Patient. starb am 22. I. an Peritonitis.
2.	2. II.	„ W.	52	Portio normal. Uterus nicht vergröss., Mucosa hypertrophisch. Neben dem Uterus 2 Adnextumoren.	Carcinom d. Corpus Uteri höchst wahrscheinlich.	Exstirpation v. Uterus u. Tumoren auf vagina. u abdominal. Wege.	13. II.	27. III.	Pat. ist nach Bericht des Arztes vollkommen gesund.
3.	10. III.	„ M.	55	Carc. d. Cervix. Uterus nur wg. herunterzuziehen; links u. besonders rechts im Parametrium sind feste Stränge.	—	Totalexstirpation.	20. III.	11. IV.	Am 6. VI. 1893 wurde Recidiv constatiert, ein Ulcus i. linken Scheidengew.
4.	18. IV.	„ H.	47	Vord. Muttermundslippe verdickt, Becken ausgefüllt mit höckerigen Massen, die auch über der Symphyse fühlbar sind u. mit dem Uterus zusammenhängen.	Carcinom d. Portio.	Totalexstirpation von Uterus und Myomen a. vaginalem u. abdomilem Wege.	?	25. V.	Starb im April 1894 an Recidiven in der Scheide u. Laparotomiewunde.
5.	1. V.	„ P.	66	Uterus scheint bei der Untersuchung normal, Umgebung frei. Durch den scharfen Löffel werden aus dem Uterus weiche Massen entfernt.	Carcinoma corporis uteri.	Totalexstirpation.	11. V.	9. VI.	Pat. war nicht zu ermitteln.

Nr.	Eintritt 1893	Name	Alter	Status	Pathalog.-anatom. Befund.	Operation	Datum der Operation	Datum der Entlassung	Endresultat
6.	28. VII.	Frau V.	43	In der Vagina ein zerklüfteter Tumor; Cervix stark verbreitert. R. lig. latum infiltriert.	—	Totalexstirpation.	5. VIII.		Patient. starb am 9. VIII. an Peritonitis.
7.	31. VII.	„ M.	30	Portio pilzförmig, stark zerklüftet, Umgebung frei.	—	Totalexstirpation.	10. VIII.	5. IX.	Pat. starb nach Bericht d. Arztes den 10. Mai 1894 an Recidiv.
8.	29. VIII.	„ W.	51	Portiocarcinom. Uterus gut beweglich.	Typisches Bild des Portiocarcinoms.	Totalexstirpation.	31. VIII.	14 IX.	Pat. trat am 7. Mai 1895 mit einem Recidiv ins Spital ein.
9.	18. VI.	„ W.	47	Portiocarcinom; Umgebung frei.	Typisches Bild des Portiocarcinoms.	Totalexstirpation.	21. VI.	11. VII.	Ist nach der im Juni 1898 auf d. Klinik vorgenommenen Untersuchung recidivfrei.
	1894								
10.	22. I	Frau G.	45	Portio verdickt, hart, im Speculum sieht man eine rötlichgelbe, höckerige Fläche. Parametrien frei. Uterus frei bewegl.	—	Totalexstirp. Der Uterus w. vollstdg. i. Gesunden umschnitt.	31. I.	22. II.	Pat. war nicht zu ermitteln.
11.	8. III.	„ G.	45	Carcinom der vordern Muttermundslippe. Corpus Uteri nach allen Richtungen frei beweglich. Uterus läßt sich	—	Totalexstirpation.	9. III.	29. III.	Pat. nicht zu ermitteln.

				Scheidengewölbe übergegangen. Vorne und seitl. das Scheidengewölbe frei.					statiert.
13.	24. IX.	„	Sch. 53	Carcinoma cervicis. Uterus läßt sich gut vor die äußern Genitalien ziehen.	—	Totalexstirpation.	27. IX.	26. X.	Patient. ist nach ihrem Berichte vom Juni 1898 gesund.
14.	1895 14. I.	Frau S.	63	Carcinom d. Portio; Nachbarschaft scheint frei.	—	Totalexstirp., wobei eine Ureterfistel entstd.	16. I.	18. II.	Entl. m. Ureterfistel. Pat. ist bald nachher gestorben.
15.	15. III.	„ Tsch.	43	Cervixcarcinom, Uterus scheint beweglich. Ligamente nicht infiltriert.	Gewöhnl. Bild d. Cervixcarcin.	Totalexstirpation.	23. III.	25. III.	Pat. starb am 25. III. an Erschöpfung.
16.	6. IV.	„ L.	52	Carcinoma corporis uteri.	Cylinderzellkrebs des Uterus.	Totalexstirpation mit Klammern.	13. IV.	4. V.	Pat. ist nach ärztlichen Bericht recidivfrei.
17.	2. V.	„ S.	44	Cervixcarcinom, das noch nicht auf die Nachbarschaft übergegangen ist.	Gewöhnl. Bild d. Cervixkrebses.	Totalexstirpation.	8. V.	30. V.	Pat. ist gestorb., doch war nicht zu vernehmen wann und an welcher Krankheit.
18.	14. VI.	„ J.	44	Cervixcarcinom, noch nicht auf die Umgebung übergegangen.	Cervixcarcinom.	Totalexstirpation.	22. VI.	28. VII.	Pat. trat am 12. Oktober 1896 m. einem Recidiv in's Spital ein.

Nr.	Eintritt 1895	Mame	Alter	Status	Pathalog.-anatom. Befund	Operation	Datum der Operation	Datum der Entlassung	Endresultat
19.	24. VI.	Frau A.	48	Carcinom der Cervix. Uterus nur nach links und hinten etwas fixiert.		Totalexstirpation.	27. VI.	10. VII.	Ist nach der im Juni 1898 vorgenommenen Untersuchung recidivfrei.
20.	1. VII.	„ G.	44	Portiocarcinom. Corpus Uteri sehr beweglich, Nachbarschaftfrei, doch ist nicht unwahrscheinlich, daß das Carcinom auf die hintere Vag.-Wand übergegriffen hat.	Cancroid d. Portio	Totalexstirpation.	4. VII.	22. VII.	Patient. ist nach ihrem Berichte gesund.
21.	2. VII.	„ K.	41	Carcinoma cervicis, das nicht auf die Nachbarschaft übergegangen ist.	Nach d. Untersuchungsbefund eher an Sarcom als an Carcinom zu denken.	Totalexstirpation.	11. VII.	3. VIII.	Patient. ist nach ihren Aussagen gesund.
22.	15. VIII.	„ L.	57	Carcinom der Portio. An beiden Lippen verdächtige Erosionen. Uterus nach allen Seiten beweglich. Parametrien frei.	Carcinom d. Portio; die krebsige Stelle hält sich weit entfernt v. der Operationsfläche.	Totalexstirpation.	23. VIII.	12. IX.	Patient. ist nach ihrem Berichte gesund.
23.	30. IX.	„ Sch.	50	Carcinom der hintern Muttermundslippe, nur auf diese beschränkt.	Gewöhnl. Bild d. Portiokrebses.	Totalexstirpation.	7. X.	23. X.	Ist nach der im Mai 1898 vorgenommenen Untersuchung ohne Recidiv.

					links und hinten eine d. Portio mit der Beckenwand verbindende Resistenz. Uterus gut nach abwärts zu ziehen.	filtration reicht in den untern Partien d. Uterus bis ca. $^1/_2$— 1 mm an d. Operationsfläche heran.				Untersuchung vollständig recidivfrei.
25.	18. XI.	„	M.	39	Carc. der Portio. Letztere bedeutend vergrößert und verdickt. Uterus vollkommen beweglich.	Die krebsige Infiltration reicht bis an die Operationsfläche heran.	Totalexstirpation.	25. XI.	21. XII.	Nach der Untersuchung in der Klinik vom Juli 1898recidivfrei.
26.	26. XI.	„	R.	54	Carcinoma corporis uteri.	Cylinderzellkrebs des Uterus. In der Gegend des Orific int. reicht die krebsige Infiltration in einer Länge von 5 u. einer Breite von 4 mm bis an die Operati onsfläche heran	Totalexstirpation.	30. XI.	21. XII.	Patient. ist nach ihrem Berichte gesund.
27.	26. XI.	„	J.	46	Cervix stark verdickt, tief in d. Vag. hineinragend. Keine Verwachsungen mit der Umgebung zu konstatiren. Uterus relativ gut beweglich.	Im untersten Teil d. Cervix reicht d. krebsige Infiltration bis dicht an d. Operationsfläche heran. D Schicht von macroscopisch anschein. normal. Gewebe kaum $^1/_2$ mm dick.	Totalexstirpation.	30. XI.	21. XII.	Patient. hat nach ärztlichem Bericht ein Recidiv.

Nr.	Eintritt 1896	Name	Alter	Status	Pathalog.-anatom. Befund	Operation	Datum der Operation	Datum der Entlassnug	Endresultat
28.	14. I.	Frau S.	46	Carc. cervicis. Uterus noch ganz beweglich.	--	Totalexstirpation.	?	10. II.	Pat. ist seither gestorben; wann, war nicht zu ermitteln.
29.	18. III.	„ H.	38	Carcinom der vordern Muttermundslippe Hintere Lippe und Parametrien frei. Uterus beweglich.	Gewöhnl. Portiokrebs.	Totalexstirpation.	5. III.	19. III.	Aufenthaltsort d. Pat. nicht zu ermitteln.
30.	9. V.	„ L.	68	Carcinoma cervicis. Ligamente erscheinen etwas derb.	Carcinom d. Cervix. Die Krebsmassen reichen ganz dicht an die Operationsfläche heran, höchstensdurch eine $^1/_{16}$ mm dicke Schicht v. ihr getrennt.	Totalexstirpation.	11. V.	30. V.	Seit Anfang März 1898 Ascites, harte Tumoren per vag. fühlbar (Bericht d. Arztes).
31	31. VII.	„ B.	52	Carcinom der Portio. Das rechte lig. sacro-uterinum erscheint infiltriert.	Cancroid der Portio.	Totalexstirpation.	1. VIII	16. VIII.	Bei d. Operation entstand eine Blasenscheidenfistel, die später zu schliessen versucht wurde. Beim Austritt bestand noch willkürlicher Urinabfluß. Patient. ist nach ihrem Berichte gesund u. ohne Beschwerden.

				Untersuchung leicht blutend.					recidivfrei befunden.
33.	12. X.	„	H. 29	Portio höckerig zerfallen; Uterus normal groß. Links und rechts im lig. latum diffuse Resistenz.	Gewöhnl. Carcinom der Portio.	Totalexstirpation, wobei d. Rectum angeschnitten wurde. Beiderseits bl. Carc.-Massen zurück.	19. X.	21. XI.	Pat. starb am 19. IX. 1897 an Recidiv.
34.	26. XI.	„	B. 36	Cervixcarcinom, Uterus beweglich.	—	Totalexstirpation.	28. XI.	13. XII.	Es war keine Nachricht über die Pat. zu erhalten.
35.	**1897** 7. I	Frau	R. 29	Portio ganz zerklüftet, hart; links im Parametrium derbe Resistenzen.	D. Bild hat große Ähnlichkeit m. Ulcus rodens d. Haut.	Totalexstirpation, wobei seitlich Carcinommassen zurückbleib. mußten.	21. I.	18. II.	Starb am 20. VII. 1897 an Recidiv
36.	22. I.	„	T. 61	Carcinoma corporis uteri. Uterus groß, sehr mobil, Portio ohne Knötchen und Resistenzen. Starke Blutung bei der Untersuchung.	Carcinoma corporis uteri.	Totalexstirpation.	30. I.	5. III.	Patient. ist nach ihrem Berichte gesund.

Nr.	Eintritt 1897	Name	Alter	Status	Pathalog.-anatom. Befund	Operation	Datum der Operation	Datum der Entlassung	Endresultat
37.	1. II.	Frau F.	54	Carcinom des corpus uteri und d. Portio. Parametrien und Adnexe scheinen frei zu sein.	Portio u. corpus uteri sind carcinomatös.	Totalexstirpation mit Klammern	13. II.	13. III.	Patient. starb am 11. Juli.
38.	4. II.	„ H.	56	Cervixcarcinom.	—	Totalexstirp., wobei eine Recto-Vaginalfistel entstand.	4. II.	10. III.	Entlassung mit Recto-Vaginalfistel. Pat. ist recidiv.
39.	17. II.	„ R. V.	31	Carcinoma corporis uteri. Uterus ganz beweglich. Portio normal.	Cylinderzellkrebs des Uterus.	Totalexstirpation.	18. III.	12. IV.	Patient. ist nach ihrem Berichte ganz gesund.
40.	10. IV.	„ G.	47	Carc. cervicis. U. noch beweglich, Adnexe frei.	—	Totalexstirpation.	14. IV.	1. V.	Nach Bericht ist Pat. gesund.
41.	24. VI.	„ Ch.	55	Portio höckerig, Uterus normal groß, sehr mobil. Seitlich keine Resistenzen.	—	Totalexstirpation. Im recht. lig. latum bleiben Carcinommass. zurück. D. Blase wurde bei der Op. eröfft.	1. VII.	14. VII.	Entlassung mit Blasenscheiden fistel. Pat. ist recidiv nach d. auf der Klinik im Mai vorgenommenen Untersuchung.
42.	19. VIII.	„ Ch.	46	Portiocarcinom. Rechtes lig. latum an der Verbindungsstelle mit dem Uterus verdickt, sonst nirgends Stränge. Ute-	—	Totalexstirpation.	?	16. IX.	Wurde im Januar 1898 zum letzten Mal auf der Klinik untersucht und recidivfrei

			d. Uterus harte Knoten.					
44.	12. XI.	„ S. 45	Starke Verdickung der Portio, Zerklüftung. Adnexe scheinen frei zu sein.		Totalexstirpation.	15. XI.	9. XII.	ImJuni1898 durch Herrn Prof. untersucht. In der Narbe kein Recidiv, dagegen das Ovarium, d. zurückblieb, apfelgroß; carcinomatös.
45.	1898 7. II.	Frau K.-S. 49	Portio vergrößert, Oberfläche höckerig, Uterus beweglich.	—	Totalexstirpation.	16. II.	16. III.	Nach der Untersuchung im Juli recidivfrei.
46.	8. II.	„ W. 53	Carcinom der Portio. Linkes lig. latum infiltriert.	—	Totalexstirpation.	16. II.	14. III.	Am 26. IV. wurden auf d. linken Seite verdächtige Massen konstatiert, wahrsch. Recid.
47.	23. II.	„ Th. 47	Carcinoma corporis uteri. U. gut beweglich.	Typischer Cylinderzellkrebs d. Uterus.	Totalexstirpation.	26. II.	16. III.	Am 25. V. von Herrn Professor Müller untersucht u. recidivfrei befunden.
48.	8. III.	„ Ch. 60	Carc. corporis uteri. Kystoma ovarii. Uterus ganz beweglich; nach Dilatation in demselben gewucherte Massen fühlbar.	Cylinderzellkrebs des Uterus.	Op. p. vag. u. laparotomiam. Vaginal bis z. Unterbindung der Uterinæ.	14. III.	22. IV.	Wurde am 7. VI. von Herrn Prof. Müller untersucht und alles normal befunden.

Nr.	Eintritt 1898	Name	Alter	Status	Pathalog.-anatom. Befund	Operation	Datum der Operation	Datum der Entlassung	Endresultat
49.	15. IV.	Frau Sch.	41	Carcinoma cervicis. Cervicalhöhle ein Trichter mit höckeriger Wand. Umgebung frei.	—	Totalexstirpation mit Klammern	16. IV.	5 V.	Seit d. Entlassung nicht mehr gesehen.
50.	9. V.	„ L.	44	Portio stark verdickt; in der Cervixwand nach hinten zu eine diffuse, feste Carcinommasse. Vom Uterus nach links und hinten ein derber Strang ausgehend bis an die hintere Beckenwand.	Im Cervix uteri grosszelliges Sarcomgewebe, in beiden OvarienMetastasen, ebenso in den lig. lata.	Totalexstirpation c. adnexis.	11. V.	3. VI.	Seit d. Entlassung wurde P nicht mehr unters.
51.	9. VI.	„ B.	40	Portio plump; im Cervix an der vordern Wand eine leicht blutende Excrescenz. Uterus gut beweglich. Nachbarteile frei.	Gewöhnl. Bild d. Portiokrebses.	Totalexstirp. c. adnexis.	11. VI.	27. VI.	Seit d. Entlassung wurde P. nicht mehr unters.
52.	13. VI.	„ M.	45	Vord. Muttermundslippe normal, hintere in einen wallnußgroßen Tumor v. carcinomatösem Charakter umgewandelt.	Carcinom derPortio.	Totalexstirpation.	14. VI.	28. VI.	Seit d. Entlassung nicht mehr untersucht.